

RICHIESTA DI INTERVENTO PER DISINFESTAZIONE

Spett.le Ufficio Tecnologico
Via Cagliari 91 Capoterra

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il ____/____/____ residente a _____
via _____ n. _____ tel. _____

CHIEDE

L'intervento di verifica e disinfestazione per presenza di:

- ☐ **Blatte**
- ☐ **Ratti**
- ☐ **Parassiti/Zanzare**
- ☐ _____

Da eseguirsi presso la via _____ n° _____

Capoterra , li _____

Il Richiedente

